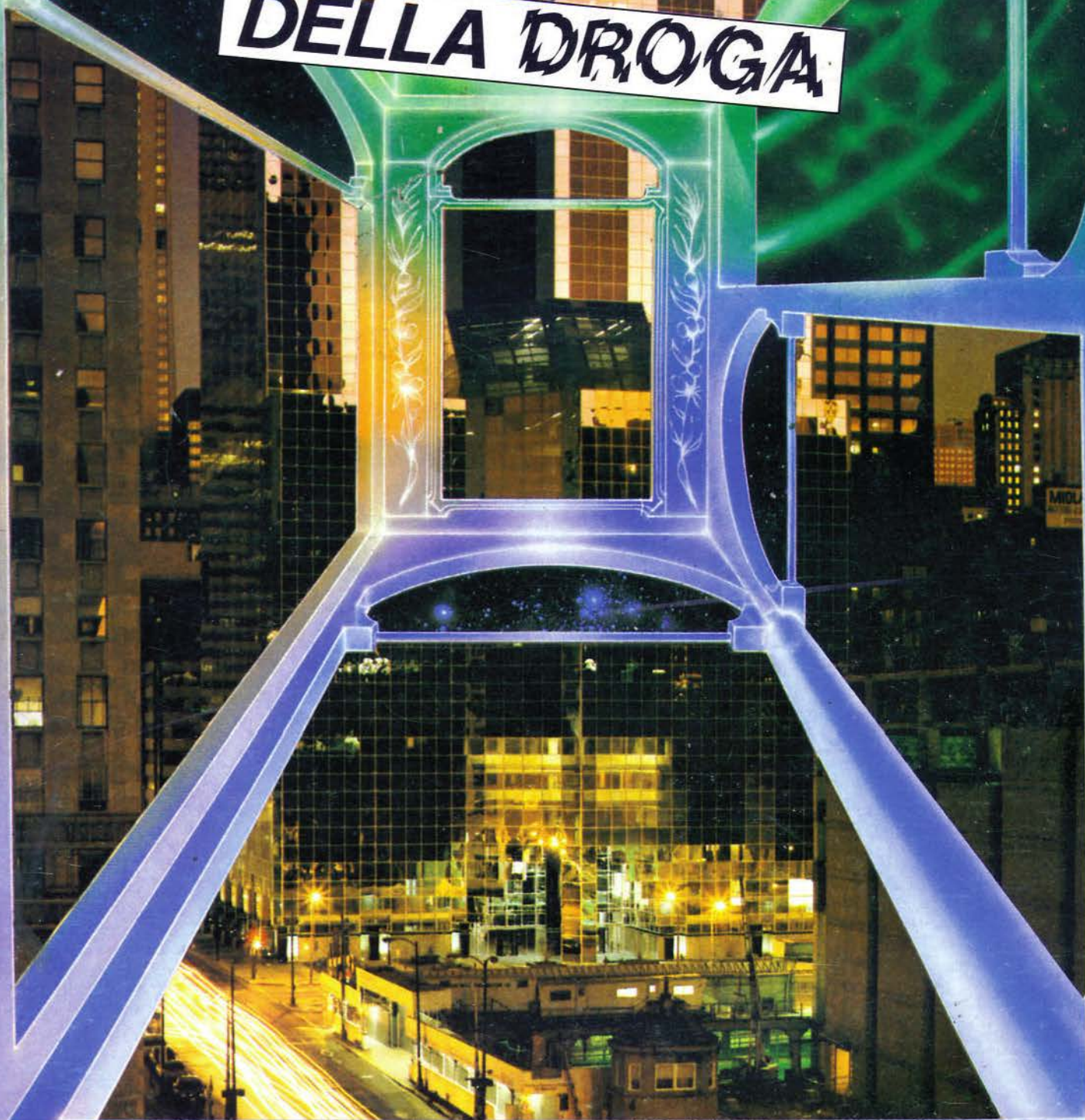


GLI OPERATORI SANITARI MILITARI E IL PROBLEMA DELLA DROGA



mini-D.

senza saccarina



**Il nuovo dolcificante
a base di Aspartame
che ti libera dai problemi del dolce.**

Garantito da



Direttore responsabile:
Col. s.SM Pier Giorgio Franzosi.

Redattore Capo:
Magg. Giovanni Cerbo.

Grafico:
Claudio Molè.

Direzione e Redazione:
Via di S. Marco, 8
00186 Roma
Tel. 6794200

Stampa:
Tipografia Regionale - Roma

Un fascicolo: Lit. 2.500.

© 1984
Proprietà letteraria, artistica
e scientifica riservata.

QUADERNO N. 6/84 DELLA
RIVISTA MILITARE



4 LA PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE NELL'ESERCITO

6 IL RAPPORTO TRA MEDICO E PAZIENTE IN AMBITO MILITARE

8 I CENTRI DI COORDINAMENTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

12 L'ISTRUZIONE SANITARIA SUGLI EFFETTI DELLE DROGHE

14 I CONSULTORI PSICOLOGICI

18 URGENZA TOSSICA

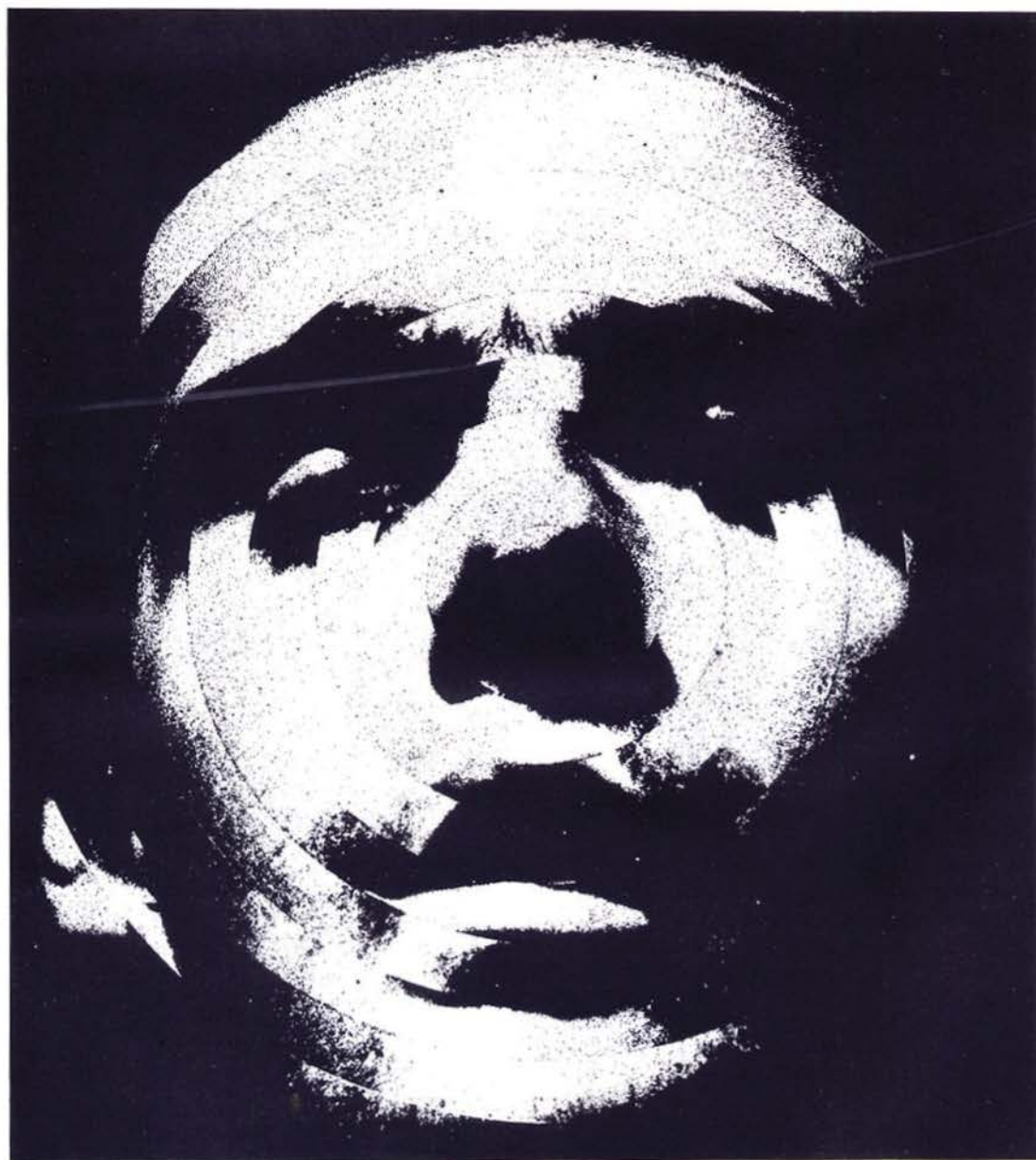
22 CLASSIFICAZIONE DELLE DROGHE

23 SINTOMATOLOGIA DEGLI IPERDOSAGGI



Narcan

nel coma da overdose



NARCAN[®] (naloxone)
l'antagonista degli oppiacei

prescrivibile SSN

la ricerca Simes

una scelta

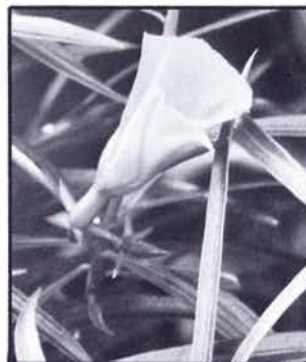
"Una scelta", perchè, sin dalla nascita, la Simes ha posto a comune denominatore di ogni sua attività la Ricerca Scientifica, ricerca che si esplica non solo nella ricerca pura, ma anche nella informazione scientifica e nello studio di nuove sostanze di sintesi o di origine naturale. Della Simes è particolare la specializzazione in prodotti:

**cardiovascolari
neuropsicotropi
antiblastici
droghe vegetali**

La Simes ha compreso il significato e l'importanza "vitale" della Ricerca per una azienda che non voglia essere solo un momento economico ma che aspiri ad una affermazione duratura. Tutto questo presume una efficienza organizzativa ed una serietà di impegno che alla Simes non difettano e che merita sottolineare.

Chi impiega un farmaco Simes deve sapere che nei nostri Laboratori di Ricerche vengono studiati in media, nell'arco di un anno, più di 1.000 nuovi campioni vegetali e si producono oltre 1.000 nuove molecole di sintesi e che di queste sostanze solo lo 0,02% è destinato a divenire un farmaco.

Una organizzazione solida, un programma illuminato, un contributo di idee e di fatti al servizio della scienza e dell'uomo: questa è la Simes.



droghe vegetali

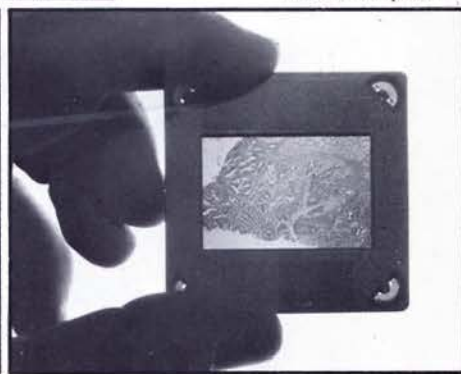
Fiore di *Thevetia nerifolia* Juss. coltivato nella Stazione Sperimentale Botanica Simes. I semi di questa pianta contengono peruvoside, glucoside cardioattivo (Nerial).

antiblastici

Fin dai primi tentativi della chemioterapia antitumorale i ricercatori della Sezione Antiblastici dei Laboratori Ricerche Simes si sono segnalati per il loro concreto contributo nella realizzazione di farmaci, di origine naturale e di sintesi, di importanza fondamentale nel trattamento delle malattie neoplastiche.

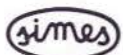


neuropsicotropi
Test del rota-rod,
una fase sperimentale

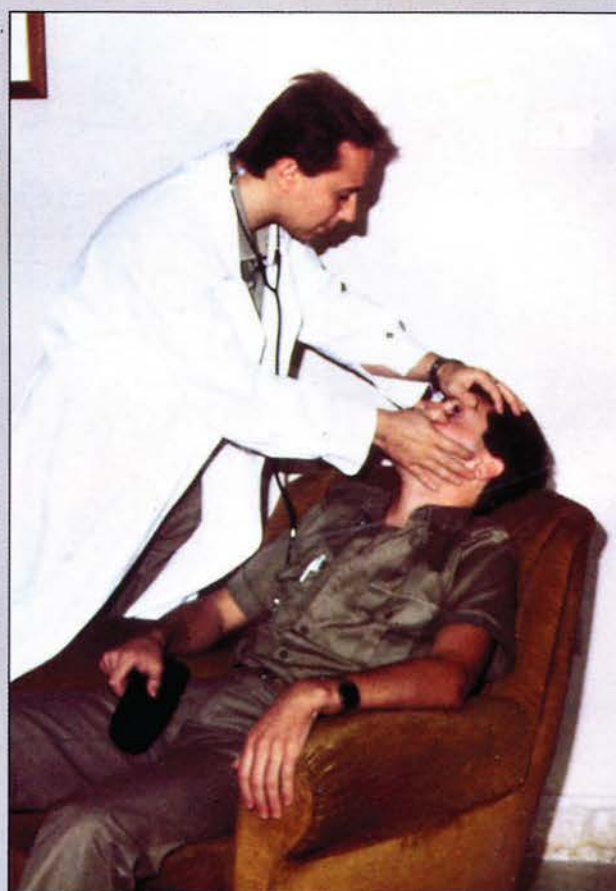


cardiovascolari

Particolare di un trasduttore di flusso applicato ad un'arteria. La flussimetria elettromagnetica, tecnica d'avanguardia per lo studio della emodinamica distrettuale, è stata adottata dai ricercatori dell'Istituto Simes di Cardiologia Sperimentale per il controllo dell'attività dei nuovi farmaci.



*L'operatore sanitario
di fronte al problema
dei soggetti esposti
al rischio «DROGA»*



L'atteggiamento vigile degli Ufficiali medici verso quei segni che testimoniano una tossicodipendenza è essenziale per realizzare una efficace opera di prevenzione di cura.



La presenza attiva dell'Ufficiale medico fa in modo che egli sia un costante punto di riferimento per i giovani alle armi.



La terapia di gruppo permette ai giovani di confrontare problematiche generalmente comuni.

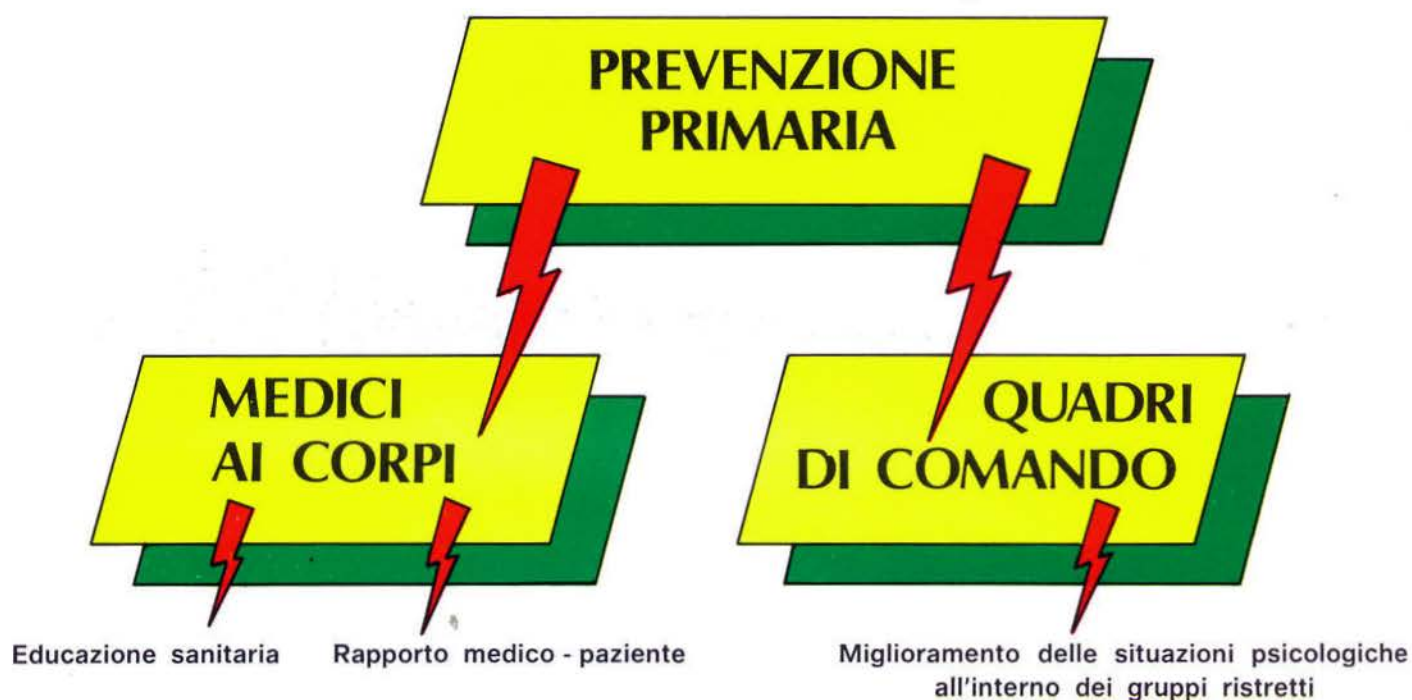


La costante opera di informazione sanitaria deve tendere a creare un ambiente in cui tutti si sentano responsabili della salute collettiva.

L'operatore sanitario
è in **PRIMA LINEA**
nel contatto con i giovani.

Egli è spesso **IL PRIMO**
ad incontrare coloro che
assumono **DROGA**

LA PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE NELL'ESERCITO



Si vedano le Direttive specifiche emanate sull'argomento:

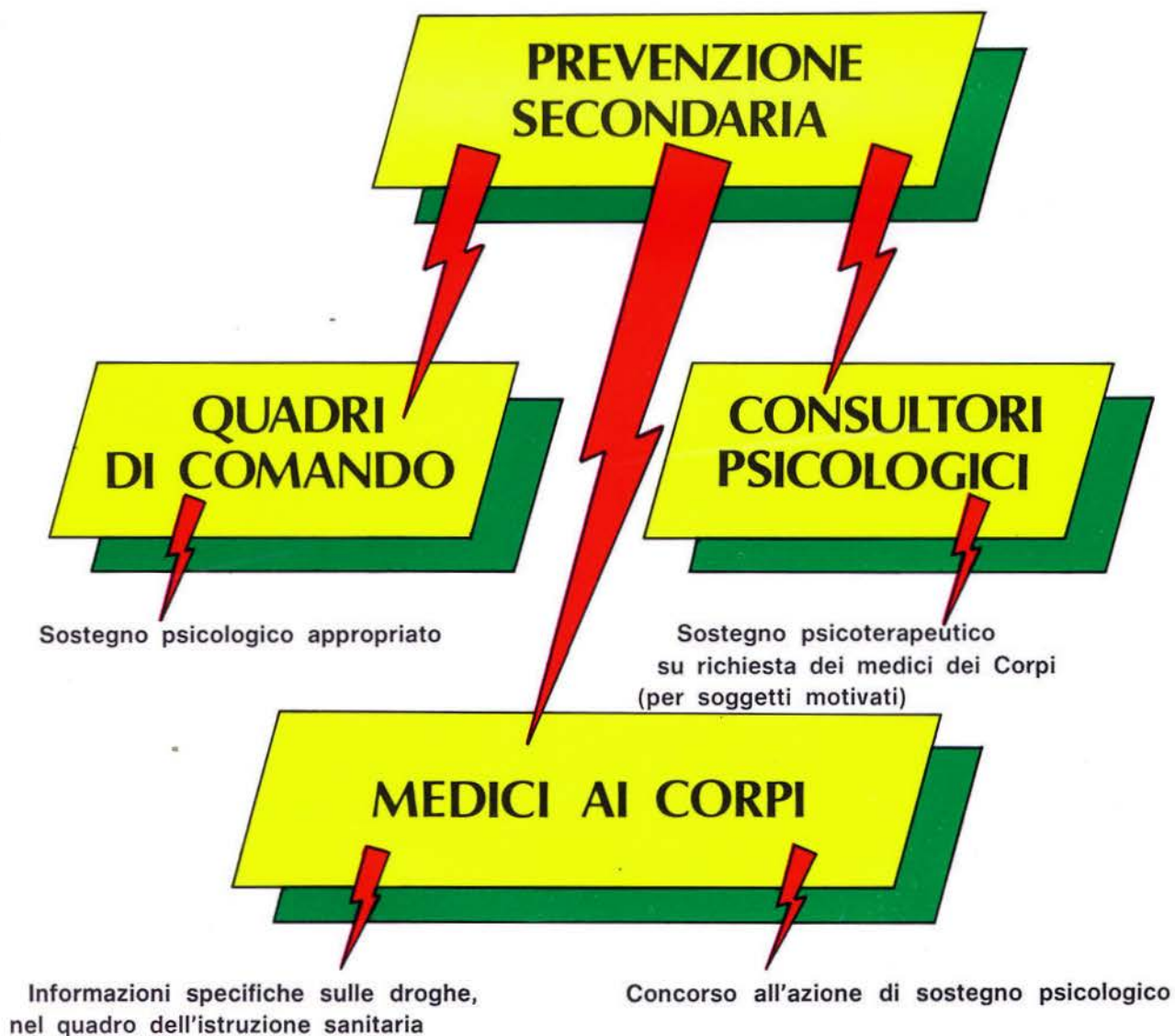
N. 3811/MS del 16 maggio 1978 della Direzione Generale della Sanità Militare

N. 6129/222.699 del 27 gennaio 1983 dello Stato Maggiore dell'Esercito

N. 521/222.658 dell'8 settembre 1983 dello Stato Maggiore dell'Esercito

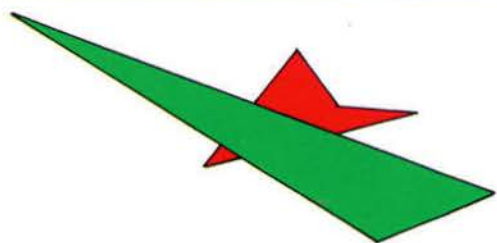
- ★ Il consumo di DROGA, che si va estendendo sempre più alle fasce giovanili, rappresenta una crescente potenziale minaccia alla coesione dei Reparti ed alla loro efficienza incidendo, quindi, sulla stessa prontezza operativa della Forza Armata.
- ★ La PREVENZIONE delle tossicodipendenze, pertanto, oltre a costituire un preciso dovere sociale, risponde anche a specifiche esigenze istituzionali.
- ★ E' una SFIDA che deve essere affrontata! E' questo un imperativo che coinvolge l'intera Organizzazione Militare e in primo luogo i Comandanti di ogni livello, i Dirigenti del Servizio Sanitario ed i Cappellani Militari.

Circ. n. 6129/222.699 datata 27 gennaio 1983 del Capo di Stato Maggiore dell'Esercito





IL RAPPORTO TRA MEDICO E PAZIENTE IN AMBITO MILITARE



Il rapporto tra medico e paziente in ambito militare si presenta spesso come una relazione conflittuale soprattutto in quanto il medico militare si trova ad assumere contemporaneamente un duplice ruolo: quello fiscale e quello preventivo-terapeutico. Si trova così da un lato alle prese con la descrizione di sintomi cui l'etica professionale impone di prestare fede e dall'altro a controllare la veridicità di tale sintomatologia, a sua volta controllato dall'intera piramide gerarchica: il ripetersi continuo, giorno per giorno, di tale dinamica spesso porta il medico militare ad attestarsi su posizioni di diffidenza ed incredulità. Tale condizione è percepita ed amplificata da parte del paziente con le proprie aspettative medico-legali che lo portano ad anteporre i suoi vissuti corporei ed in definitiva ad una passivazione della propria salute. Al fine di rendere più credibile il proprio stato di malattia è quindi portato ad accentuare la sintomatologia riferita così da poterne ottenere più facilmente il riconoscimento. L'essere malato, infatti, permette di ottenere tutta una serie di privilegi che vanno dall'esenzione di lavori particolarmente sgraditi, fino alla possibilità di tornare a casa in qualità di convalescente per lunghi periodi.

Ma tale conflittualità trova le sue radici, oltre che nei diversi ruoli che rispettivamente giocano nell'istituzione l'ufficiale-medico ed il soldato-paziente,

anche nel contesto psicodinamico dell'età evolutiva.

Infatti il servizio di leva si inserisce in un delicato periodo della vita affettiva del giovane. Generalmente coincide con un momento di crisi esistenziale in cui si sta realizzando il passaggio da una condizione di dipendenza dai modelli di vita della famiglia e della scuola, ad una puntigliosa ricerca, in ogni situazione, dei modelli alternativi, sia nel gruppo dei coetanei come nel mondo del lavoro, della politica, della religione e dell'ambiente esterno in generale. E' un'età nella quale vengono posti i fondamenti della vita adulta, in cui aumentano le responsabilità sia economiche che sociali, maturano le scelte sessuali, si procede insomma verso la conquista dell'autonomia individuale. Già di per se stessa quindi è un'età di crisi, in cui numerose sono spesso le circostanze traumatizzanti a cui si sommano, nel caso particolare del servizio di leva, grossi impegni emotivi: la novità dell'ambiente, l'eterogeneità dei componenti del nuovo nucleo, l'assoggettamento a nuove ritualità coatte, la disponibilità ad orari prefissati, la disciplina militare, ecc..

Tutti questi primi impatti mettono in gioco dinamiche molto arcaiche, riattivano vissuti di separazione e relazioni conflittuali con l'immagine paterna, rievocata dalle gerarchie militari. Si ripresentano le vecchie dinamiche familiari, i timori e le

gelosie con i fratelli, attivate dalle relazioni con i nuovi compagni. Tali situazioni possono rappresentare il substrato, nei soggetti predisposti, all'insorgere di turbe dell'emotività, insonnia, disordini psicosomatici, disadattamento, ecc..

Ma accanto alle dinamiche intrapsichiche ed interpersonali che possono rendere problematico l'inserimento nella comunità militare, altre se ne pongono in base all'immagine ed al significato che alcuni giovani hanno già maturato nei confronti delle istituzioni. Immagine che peraltro viene vista filtrata dalla lente degli affetti e delle dinamiche intrapsichiche, più che per l'effettiva realtà storica e sociale.

Può allora accadere, specie nei soggetti a struttura psichologica più fragile, che tali conflittualità trovino nella patologia da somatizzazione una via preferenziale d'espressione. Ciò accade perché essa offre il maggior « guadagno secondario » in quanto tende alla cosiddetta medicalizzazione nel tentativo di esplicitare (ai fini di ovvi vantaggi medico-legali) una condizione di sofferenza non altrimenti comunicabile per incapacità alla verbalizzazione delle reazioni emotive. Spesso, inoltre, il sintomo somatico viene valorizzato, in modo più o meno cosciente, più semplicemente, come modalità per esprimere il proprio disagio e l'aggressività nei confronti dell'autorità. Altri canali in cui si esprimono le

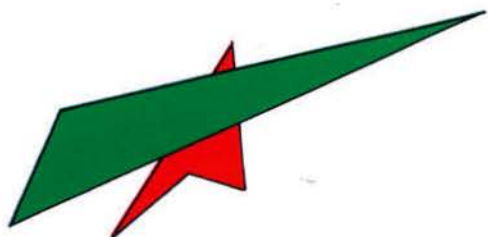
conflittualità sopradescritte sono i sintomi psiconevrotici, il comportamento vandalico, l'assunzione di sostanze stupefacenti e più in generale le molteplici espressioni del disadattamento giovanile.

E' opportuno però ricordare che se è vero che la disciplina e le regole connesse con la vita militare mobilitano dinamiche di adattamento ed interferiscono con gli abituali meccanismi di difesa, attuati dal giovane per mascherare e contenere substrutture patologiche di personalità, portandolo ad assumere posizioni psicodinamiche più regredite, è altrettanto vero che la vita in collettività militare ha insiti anche fattori correttivi e protettivi e può offrire valide stimolazioni per una crescita maturativa.

In quest'ambito ed al fine di garantire lo stato di salute, modernamente inteso come benessere fisico, psichico, sociale e spirituale, il medico militare giuoca un ruolo fondamentale. A questo punto, però, proporre dei modelli comportamentali e delle regole pratiche da seguire appare del tutto inutile se alla persona che le deve attuare sfugge il « senso dell'uomo » e manca della capacità di un approccio autentico con l'uomo. Infatti non basta l'intelligenza, l'attitudine effettiva alla propria arte, è necessaria una attitudine superiore che collochi il medico da uomo innanzi ad un altro uomo bisognoso del suo aiuto e del suo servizio.



I CENTRI DI COORDINAMENTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO



A partire dal 1° ottobre 1983 sono stati istituiti i Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico (C.C.S.P.) a livello Brigata - Reggimento - Scuola o Istituto di formazione.

Tali Centri sono costituiti da:

- un Ufficiale o Sottufficiale, esperto di problemi psicologici o particolarmente versato nella materia stessa;
- un Ufficiale medico;
- un Cappellano militare.

Il C.C.S.P. è un organismo con spirito di « équipe » i cui membri, oltre ad offrire i contributi della rispettiva specializzazione, trovano complementarietà nelle iniziative volte a ridurre le situazioni di disadattamento, principale fattore di rischio per l'avvicinamento alla droga.

La sensibilizzazione e la preparazione nella specifica materia dei componenti dei Centri è stata ed è curata dal Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito, tramite il Nucleo di prevenzione dei disadattamenti giovanili e delle tossicodipendenze.

Nell'ambito dell'attività di preparazione dei componenti dei Centri si tengono:

- corsi di psicologia militare, riservati agli Ufficiali e Sottufficiali d'Arma;
- corsi di aggiornamento in psicologia per i Cappellani militari;

— lezioni, sulla specifica materia, per gli Allievi Ufficiali medici e per i Tenenti medici in servizio permanente effettivo.

I compiti fondamentali del C.C.S.P. sono:

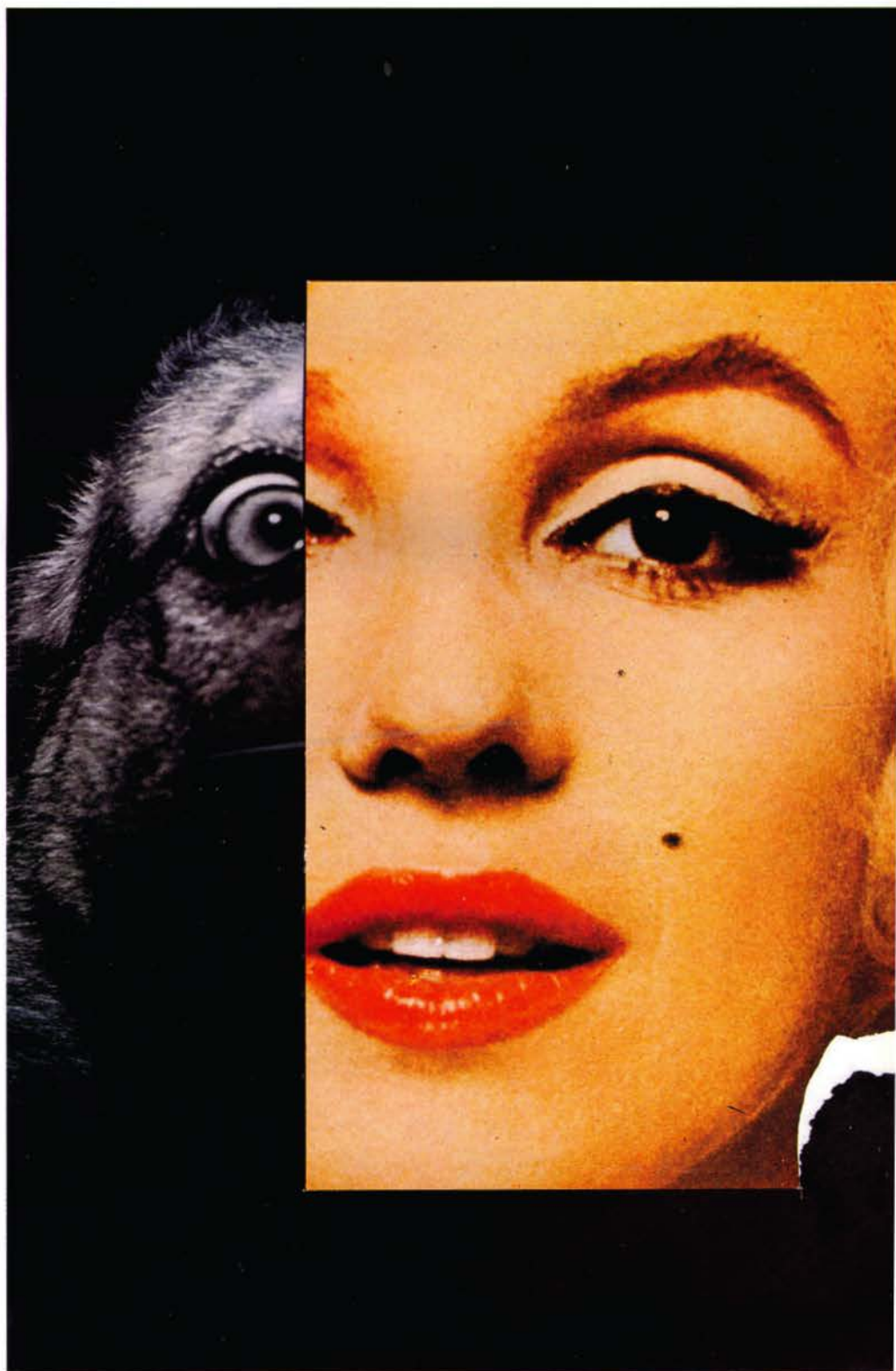
a) sensibilizzare i Quadri, a cominciare da quelli di Comando, sulle modalità di prevenzione del disadattamento giovanile e delle tossicodipendenze. In quest'opera i membri dei Centri si avvalgono della collaborazione degli Ufficiali medici responsabili dei Consultori Psicologici;

b) fare da portavoce presso i Comandanti di quelle problematiche, connesse con l'inizio del servizio militare e con la vita militare più in generale, che possono produrre o rinforzare una condizione di disadattamento;

c) mantenere stabili rapporti con gli operatori dei Consultori Psicologici, cui saranno avviati quei militari le cui problematiche non fossero risolvibili localmente, perché più prettamente di competenza specialistica, psichiatrica o psicologica;

d) prendere contatti con le Autorità civili della località in cui ha sede il Reparto per avviare tutta una serie di iniziative che permettano al giovane di sentirsi a proprio agio nelle ore di libera uscita;

e) coordinare l'attività dei « Nuclei Psicologici » istituiti presso le Unità minori.





RESPONSABILITA' DELLA PREVENZIONE ANTI DROGA

PRIMARIA

SECONDARIA

TERZIARIA

■ DI COMANDO
□ DEGLI ORGANI SANITARI

Gli Organi di Comando sono impegnati a pieno carico nella PREVENZIONE PRIMARIA e SECONDARIA del fenomeno delle tossicodipendenze; la PREVENZIONE TERZIARIA è, invece, compito esclusivo degli Organi sanitari.

PREVENZIONE PRIMARIA

1. EVITARE TENSIONI GRAVI
2. REALIZZARE CONDIZIONI DI VITA SODDISFACENTI
3. AFFRONTARE IL PROBLEMA DELLA DROGA NEL QUADRO DELL'EDUC. SANITARIA

PREVENZIONE SECONDARIA

PROVVEDIMENTI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO AGLI ELEMENTI DEBOLI INDIVIDUATI NEL REPARTO

responsabilità della prevenzione anti-droga

1 primaria

La prevenzione primaria ha per scopo la riduzione dei fattori di rischio di avvicinamento alla droga.

Il principale di tali fattori, nell'ambiente militare così come in quello civile, è il disadattamento giovanile. Ogni sforzo deve, quindi, essere teso a far sì che il giovane non solo si adatti, ma più ancora si integri nella collettività militare.

Fare prevenzione primaria significa dunque evitare, quanto più possibile, che l'inizio della vita militare costituisca un evento traumatico. Fondamentale, a questo livello, è l'opera svolta dai Quadri di Comando: il riuscire ad instaurare un buon rapporto interpersonale con il giovane alle armi permette allo stesso una più partecipe collaborazione nello svolgimento del proprio servizio; il suo benessere psico-fisico accresce anche la sua operatività.

Gli Organi sanitari partecipano alla prevenzione primaria istruendo i giovani sugli effetti delle « droghe » nell'ambito dei programmi di educazione sanitaria.

2 secondaria

Per prevenzione secondaria si intende prendersi cura di un malessere psichico già instauratosi, molto spesso indipendentemente dall'ingresso nella collettività militare, in un giovane che ha portato con sé, in caserma, i propri problemi quotidiani.

Il sostegno psicologico nei confronti degli elementi più fragili, dei « disadattati », di coloro che hanno un disturbo di natura psicologica, costituisce il cardine della prevenzione secondaria del fenomeno delle tossicodipendenze.

I Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico hanno, tra gli altri, il compito di valutare le modalità di risoluzione delle problematiche di cui sono portatori i soldati. Ma, più in generale, larga parte della prevenzione secondaria investe i Quadri di Comando.

Gli Organi sanitari partecipano attraverso l'approfondimento personologico e l'eventuale presa in carico psicoterapeutico di quei giovani che, per la natura dei loro disturbi, i Centri avranno ritenuto opportuno avviare presso i Consultori Psicologici.

3 terziaria

La prevenzione terziaria, cioè il recupero vero e proprio dei soggetti che fanno già uso di sostanze stupefacenti, è compito esclusivo degli Organi sanitari.

L'elenco delle imperfezioni e delle infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare – D.P.R. del 28 maggio 1964, n. 496 – prevede, all'art. 28 b, che il tossicomane sia giudicato non idoneo, dopo osservazione in Ospedale Militare. In ogni caso, per i giovani dichiarati non idonei al servizio militare incondizionato, in quanto tossicodipendenti, oltre alle previste segnalazioni di legge ai Centri Medici di Assistenza Sociale, si provvede, qualora l'interessato ne faccia specifica richiesta, a prendere contatti con le Comunità terapeutiche che offrono le maggiori garanzie per il recupero del giovane.

Qualora il comportamento tossicofilo non sottenda una grave forma di nevrosi, tale da rendere il militare non idoneo al servizio, i Consultori Psicologici si fanno carico di fornire il supporto psicoterapeutico che, se da una parte generalmente permette al giovane di terminare il servizio militare in condizione di equilibrio psico-fisico, dall'altra spesso è in grado di modificare l'atteggiamento del soggetto nei confronti della « droga ». Ciò in un'opera più vasta di ristrutturazione di personalità generalmente fragili.



*L'informazione sugli effetti delle «droghe»
deve inserirsi nel più ampio contesto del-
l'istruzione sanitaria, evitando inopportune
enfattizzazioni del problema.*

L'ISTRUZIONE SANITARIA SUGLI EFFETTI DELLE DROGHE

s'inquadra nei programmi stabiliti:

NON PARLARE A GRUPPI DI NUMERO SUPERIORE
AL LIVELLO DI COMPAGNIA

PREFERIRE IL RAPPORTO DIALOGICO
SOLLECITANDO A QUESTO I MILITARI

EVITARE GRADUATORIE DI PERICOLOSITA'
FRA LE VARIE SOSTANZE

PRIVILEGIARE L'INFORMAZIONE « AD PERSONAM »
VERIFICARE SE L'INFORMAZIONE E' « ATTESA »
VALUTARE IL LIVELLO DI CONOSCENZE

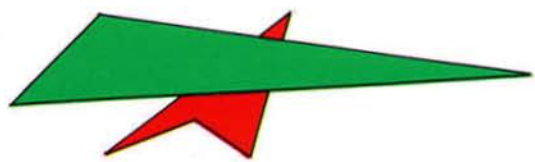
STIMOLARE LA RICHIESTA DI INFORMAZIONE
SENZA CHE VENGA VISSUTA COME FORZATAMENTE IMPOSTA

CONSIDERARE ANCHE I DANNI
DELLE SOSTANZE LEGALIZZATE (alcool etilico e nicotina)

UTILIZZARE I SUSSIDI DIDATTICI, FILM - STRIPS, DIAPOSITIVE



I CONSULTORI PSICOLOGICI



I Consultori Psicologici presso gli Ospedali Militari sono degli ambulatori dove vengono avviati giovani di leva che presentano gravi problemi di disadattamento alla vita militare, stati di malessere psichico collegati o meno all'uso di sostanze stupefacenti.

Si tratta di centri di consultazione dove non vengono perseguiti dei provvedimenti medico - legali (che sono di competenza dei Direttori degli Ospedali Militari) ma dove, in assoluta riservatezza, vengono impostati dei colloqui, individuali o di gruppo, finalizzati al sostegno psico - terapeutico.

L'appuntamento presso il Consultorio viene fissato telefonicamente da parte del Dirigente il Servizio Sanitario, il quale ha cura di redigere, inoltre, una breve lettera in cui spiega il perché della richiesta di consulenza e, al tempo stesso, specifica quanto richiede con l'intervento specialistico.

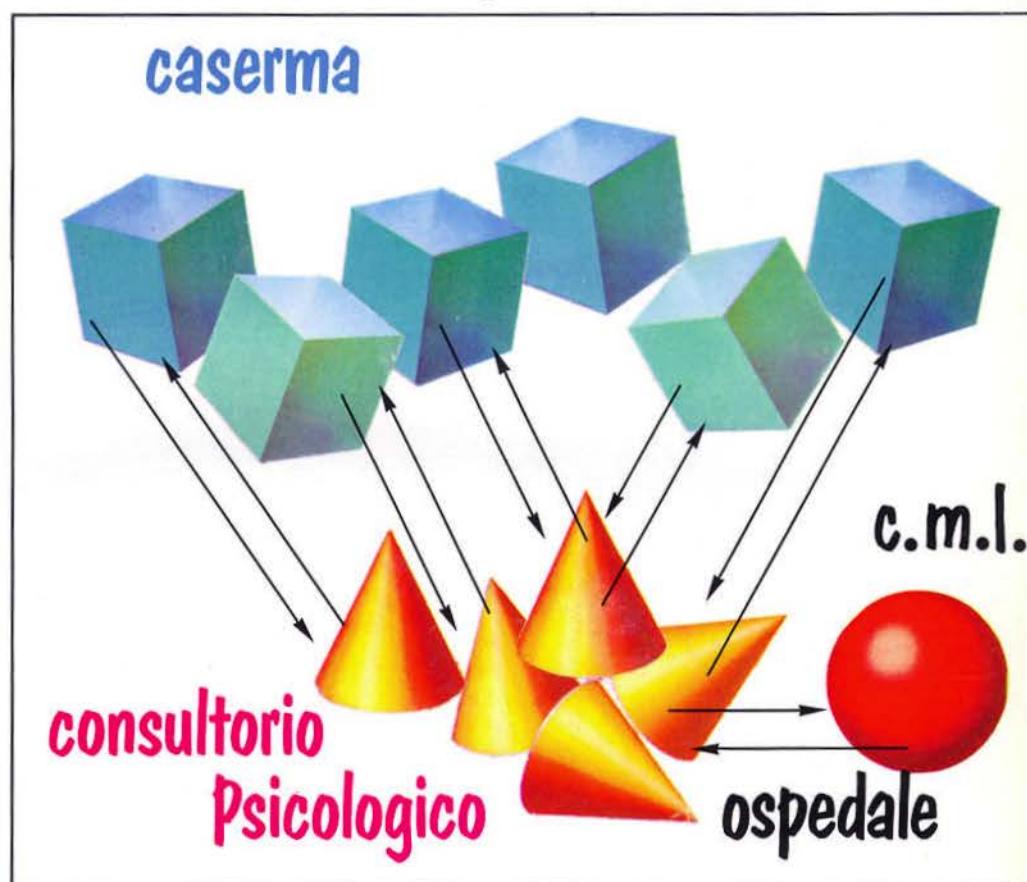
Gli operatori del Consultorio, dopo aver intervistato per una o più sedute ed, eventualmente, dopo aver sottoposto a tests personologici il soggetto, riferiscono in modo sollecito e per iscritto riguardo alle indicazioni diagnostiche o terapeutiche emerse. Qualora se ne ravvisi l'opportunità, vi sia una reale motivazione del soggetto e la patologia sia tale da far prevedere una remissione del

utenza dei consultori psicologici militari

quadro clinico a breve termine, vengono programmati dei colloqui con finalità di sostegno psicologico, generalmente a frequenza settimanale. Se invece il quadro clinico emerso sia tale da contemplare la non idoneità al servizio di leva, gli operatori del Consultorio consigliano il ricovero in reparto osservazione dell'Ospedale Militare affinché vengano presi i provvedimenti medico-legali del caso e prospettano l'affidamento del soggetto ad idonea Comunità terapeutica.

I Consultori, inoltre, attraverso una costante collaborazione con gli Ufficiali medici delle Infermerie degli Enti e Reparti dislocati nel proprio bacino di utenza, promuovono sia varie iniziative a carattere di igiene mentale finalizzate a favorire un sempre miglior adattamento, ad ogni livello, nella collettività militare, sia attività di ricerca scientifica nei settori della psichiatria e psicologia militare. Soprattutto vengono impostati studi epidemiologici sui fattori di rischio, sui gradienti di vicinanza alle droghe e sui fattori correttivi al disadattamento.

Infine va ricordata anche l'attività di consulenza che viene svolta per i reparti di cura dell'Ospedale Militare o Centro Medico Legale Militare in cui sono inseriti.



distribuzione dei consultori psicologici in ambito nazionale



1

ASCOLTO ATTENTO, INTERESSATO

Le alterazioni percettive prodotte dalle sostanze stupefacenti possono provocare delle modificazioni del comportamento, tali da indurre a commettere dei reati durante l'espletamento del servizio militare.

2

DECODIFICA DEI SINTOMI:

QUAL'E' IL PROBLEMA CHE STA DIETRO ALLA DROGA?

3

CONSIGLIO: NO ALLA DROGA

4

RICERCA DI UN SOSTEGNO: da chi?

i Quadri di Comando
il Medico del Reparto

il Cappellano
il Consultorio

5

APERTURA AD ULTERIORI COLLOQUI

· URGENZA TOSSICA · URGENZA

L'eventualità di dover intervenire d'urgenza nei casi di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti si va facendo sempre più frequente.

Il quadro della intossicazione acuta da oppiacei o prodotti di sintesi, quale può verificarsi per errori di dosaggio nei tossicodipendenti, si presenta, come è noto, con stato comatoso accompagnato da depressione respiratoria e cardiocircolatoria, pupille puntiformi. La situazione può essere ancora più grave nella associazione di varie sostanze: barbiturici, anfetaminici, cocaina (speed ball), o associando ingestione di alcool.

Un intervento terapeutico di indubbia efficacia, associato alle cure di sostegno della funzione cardiorespiratoria, nei casi di intossicazione acuta da morfina ed eroina è il Naloxone (fiale da 1 ml contenenti 0,40 mg di Naloxone cloridrato).

Le caratteristiche della sostanza possono essere così sintetizzate:

- a. è un antagonista puro, agisce cioè con un meccanismo competitivo e sostitutivo a livello dei recettori specifici per gli oppiacei;
- b. gli effetti compaiono dopo 1-2 minuti (miglioramento del quadro clinico con scomparsa della miiosi e della bradipnea) e permangono per circa 2-3 ore, dopo di che, se necessario, si può ripetere la dose.

TRATTAMENTO IMMEDIATO IN ATTESA DELL'AUTOAMBULANZA E DURANTE IL TRASPORTO AL PRONTO SOCCORSO

- Ricontrare se vi sono ferite o emorragie in atto e provvedere al primo tamponamento —
- Mantenere il paziente supino, con il capo più basso dei piedi (tranne in caso di lesioni del capo o difficoltà di respiro) —
- Riscaldare il paziente con coperte e con borse d'acqua calda, soprattutto alle estremità —
- Nel caso di vomito e per la durata di esso porre il paziente a giacere su di un lato, per favorire lo svuotamento della bocca —

TOSSICA · URGENZA · TOSSICA ·

RIANIMAZIONE CARDIO - POLMONARE

- Stendere il paziente sulla schiena su di una superficie rigida, sgombrare le vie aeree superiori da eventuali ostruzioni, estendere il capo, ponendo alla superficie posteriore del collo un supporto e traendo in avanti la mandibola. Se necessario, praticare la respirazione bocca a bocca —
- Chiudere il naso con due dita o pinzarlo; applicare la bocca del soccorritore su quella del paziente ed insufflare aria sino a quando il torace e l'addome del paziente si sollevano; ripetere rapidamente la manovra 3 - 5 volte —

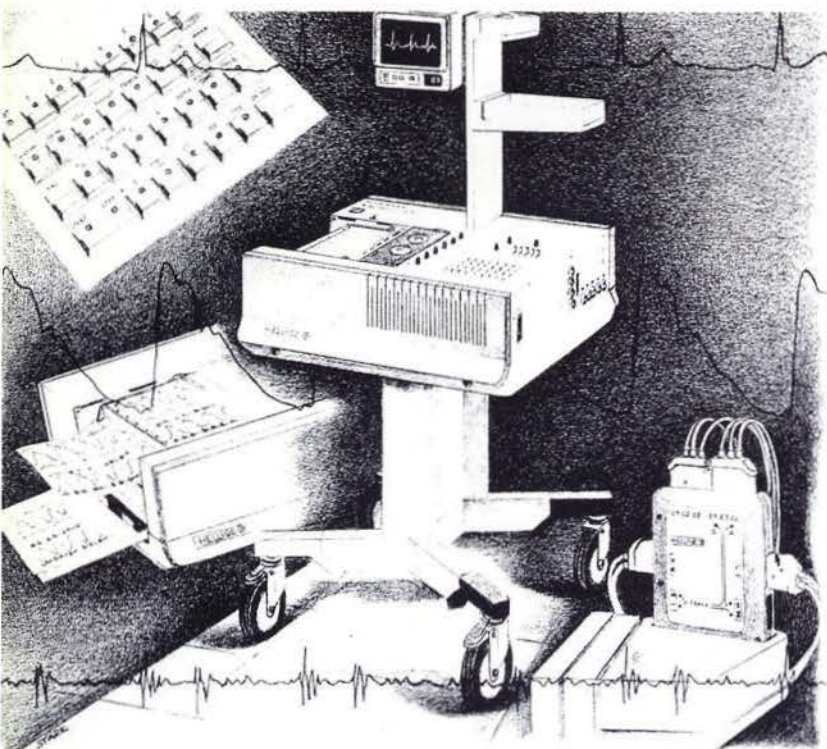
E' importante osservare il polso carotideo. Se la pulsazione è presente e valida, continuare la respirazione bocca a bocca con un ritmo di una insufflazione ogni 5 secondi. Se il polso carotideo è assente, passare anche al massaggio cardiaco, appoggiando le due mani sovrapposte all'estremità inferiore dello sterno e comprimere con forza e ritmicamente (circa una volta al secondo). Bisogna tener presente che è utile mantenere un rapporto di 5 compressioni sternali ogni insufflazione bocca a bocca.

In presenza di una sindrome convulsiva (contrazioni toniche persistenti e contrazioni cloniche muscolari che si susseguono rapidamente) bisogna porre il paziente a giacere su di un fianco per favorire il drenaggio in caso di vomito e proteggerlo da traumatismi ponendo sotto il capo un cuscino oppure tenerglielo con due mani, curando anche di togliergli gli occhiali.

Seguire attentamente i segni vitali: respiro, polso, ecc.. Nel caso di convulsioni subentranti (stato di male convulsivo) provvedere con tutte le precauzioni del caso al ricovero immediato in Pronto Soccorso.

Dopo l'accesso tenere il paziente in riposo, mantenendo basse le luci, evitando rumori improvvisi ed intensi.

Nel caso di reazioni ansiose acute e di stati di eccitamento psicomotorio e panico, assicurare opportunamente il paziente e somministrare sedativi (diazepinici per via parenterale e, se si tratta di casi non gravi, per os).



Hellige: Innovare non imitare

Quando si uniscono 50 anni di sviluppo degli elettrocardiografi e la moderna tecnica di microcomputer: **MULTISCRIPTOR EK 36.**

Lo sapevate che la HELLIGE ha un'esperienza di più di 50 anni nello sviluppo degli elettrocardiografi? Abbiamo completato questo know-how con la tecnica più moderna dei microcomputer. Il risultato: un elettrocardiografo a 6 canali come ancora non ne esistevano il suo nome: MULTISCRIPTOR EK 36. E' affascinante la sua comodità d'uso - a partire dal suo sicuro funzionamento, alla registrazione senza disturbo, fino alle funzioni che facilitano il lavoro, come per esempio automatizzazione del formato per il trasporto della carta e larghezza di scrittura comandata a calcolatore. Potete scegliere tra i modelli standard e poligrafici. Grazie alla costruzione modulare, è possibile disporre l'apparecchio secondo le singole esigenze. Perciò il MULTISCRIPTOR

EK 36 è un aiutante universale che risolve brillantemente i compiti di routine degli elettrocardiografi, oltre a particolari problemi tecnologici, clinici e di ricerca.

Da più di 80 anni la HELLIGE è partner della medicina. Dovete sfruttare questo vantaggio di esperienza. Saremo lieti di inviarvi informazioni dettagliate.

HELLIGE ITALIA S.p.A. - 20123 MILANO
Viale Porta Vercellina, 20 - Tel. (0039) 4 98 79 96

HELLIGE 
PARTNER DELLA MEDICINA

Rilevazione precisa di parametri cardio-polmonari: Hellige - diagnostica delle funzioni polmonari.

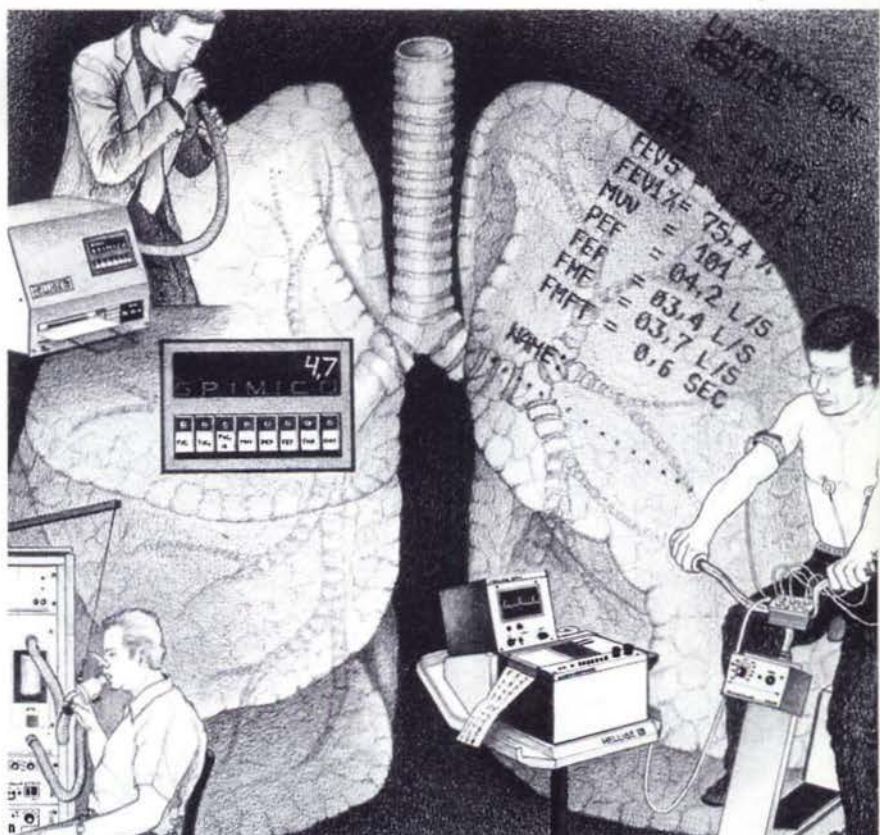
Sia per screening che per rilevazioni sotto sforzo o a riposo, la HELLIGE offre un programma completo di apparecchi per la medicina dello sport, del lavoro, la riabilitazione e la ricerca. Alcuni esempi d'impiego: misurazione del volume e capacità polmonare così come registrazione del tempo-volume e curve di pressione-tempo • rilevazione dei valori di assorbimento di ossigeno e di CO₂ espirato • formazione di parametri secondari e rappresentazione dell'ECG e di altri parametri della circolazione.

Da più di 80 anni la HELLIGE è Partner della Medicina. Sfruttate questo vantaggio di esperienza. Siamo a Vostra disposizione per informazioni più dettagliate.

HELLIGE ITALIA S.p.A. - Viale di Porta Vercellina, 20 - Milano, Telef. (02) 4987996-7-8

HELLIGE 
UN PARTNER DELLA MEDICINA

CARDIOLOGIA - RIANIMAZIONE - TERAPIA INTENSIVA - NEUROLOGIA - PNEUMOLOGIA - EMATOLOGIA



Hellige: Innovazione invece di imitazione.

DROGHE

Il comune denominatore di tutte le sostanze considerate droghe è l'induzione della « dipendenza psichica », mentre dipendenza fisica e tolleranza hanno solo un ruolo di rafforzamento nella prima: ne deriva che nella valutazione di una tossicodipendenza l'elemento essenziale è la dipendenza psichica, che può essere valutata prendendo come metro di misura tre parametri: la dose, la frequenza e la capacità di farne a meno.

Ciò comporta una distinzione dei consumatori di droghe in quattro gruppi:

Consumatore occasionale:

colui che ha avuto solo rare esperienze di droga per provare (per curiosità, per mimetismo o pressione di gruppo).

Consumatore abituale (tossicofilo):

colui che assume con una certa consuetudinarietà sostanze droganti senza acquisire dipendenza né coinvolgimento nel microcosmo sociale dei drogati.

Tossicodipendente:

è il consumatore che presenta la classica triade sintomatica (compulsione - tolleranza - dipendenza fisico-psichica), che riesce ancora a vivere nella realtà sociale conservando un minimo di rapporti interpersonali nella famiglia e nel mondo del lavoro.

Tossicomane:

è il tossicodipendente in cui il coinvolgimento ed il vissuto nella dimensione droga è totale con alienazione dei suoi rapporti con la realtà.



CLASSIFICAZIONE DELLE DROGHE

Diverse e variamente configurate sono state le proposte di classificazione delle droghe. Fondamentalmente i criteri più seguiti sono stati:

- il **CRITERIO STORICO**, con suddivisione delle droghe in antiche e moderne;
- il **CRITERIO CHIMICO**, basato sulla suddivisione delle sostanze droganti in sistemi di parentele strutturali;
- il **CRITERIO FARMACO-CHIMICO**, che prende in considerazione l'azione di ogni singola droga allorché somministrata all'uomo.

Su questa scorta, il Gori ha proposto una classificazione, condivisa da parecchi studiosi, basata sugli effetti psichici indotti dalle varie sostanze, suddividendo le droghe in:

1. Droghe che deprimono il tono psichico.
2. Droghe che elevano il tono psichico.
3. Droghe allucinogene o del viaggio - che alterano la percezione esterna ed interna e fanno credere al soggetto di vivere un'altra realtà.

CLASSIFICAZIONE DELLE DROGHE SECONDO GORI

Droghe deprimenti	Droghe eccitanti	Droghe allucinogene
Oppio e suoi derivati	Cocaina	LSD
Stupefacenti non oppiacei	Caffeina	Psilocibide
Ipnotici barbiturici	Ritalin	Peyote
Fenciclidina	Preludin	Amanita muscaria
Ipnotici non barbiturici	Amfetamina	Epanà
	Metedrina	Hashish
	Dexedrina ecc.	Marijuana

Alcool - Sostanze inalanti - Nicotina - Caffeina

OPPIO E I SUOI DERIVATI

(Morfina - Eroina - Derivati della Codeina)

IPERDOSAGGIO

Eroina ca. 2-8 mgr. Morfina ca. 20-30 mgr.
Sciroppi alla codeina ca. 30-250 mgr.

Sintomi: pupille miotiche, palpebre cascanti, possibile nausea, stipsi, sonnolenza e torpore psichico, a volte euforia e delirio.

Occorre tener presente che il dosaggio che provoca la sintomatologia da *overdose* dipende anche dalla tolleranza che il soggetto ha sviluppato nei riguardi della droga e da eventuali periodi di disintossicazione e ritorno improvviso a dosaggi abituali. Eroina LD₅₀ (dose letale mediana) = ca. 50 mgr.

Effetto massimo: per os dopo 1 ora; per inalazione: 15-30 minuti; endovena: dopo pochi minuti o immediato per dosaggi massivi o per presenza di tossici aggiuntivi.

Durata dell'effetto (eroina): ca. 4-6 ore.

Sintomi dell'overdose: pupille a capocchia di spillo, cute fredda e sudaticcia; respiro superficiale, rallentato, con possibili interruzioni; ipotensione arteriosa; flaccidità muscolare; vomito; possibile shock ed edema polmonare, compromissione della vigilanza sino al coma.

CRISI DI ASTINENZA

Inizia circa 3-10 ore dopo l'ultima dose con effetto massimo dopo 48-72 ore. Durata: ca. 5-7 giorni.

La sindrome astinenziale si ha generalmente dopo che il soggetto ha acquisito tossicodipendenza. E' costituita da lacrimazione, midriasi, cute sudata con brividi e pelle d'oca; polso frequente, crampi, nausea, diarrea, sbadigli, rinorrea, arrossamento congiuntivale, dolori diffusi, febbre, astenia profonda; depressione ed ansia grave imponente.

Trattamento sintomatico: somministrazione di ansiolitici, di cardiotonici, di liquidi; atteggiamento rassicurante dell'operatore.

Per quanto riguarda il METADONE l'iperdosaggio è dovuto ad ingestione di dosi che vanno da 35 a 150 mgr. di sostanza (a seconda della tolleranza del soggetto).

La sintomatologia, sia per l'iperdosaggio quanto per l'overdose, è identica.

Queste foto, così come le successive, sono tratte dal fascicolo « Il traffico degli stupefacenti in Italia e nel mondo », a cura del Comando Generale della Guardia di Finanza, 1983.



BARBITURICI

IPERDOSAGGIO

30-500 mgr. (a seconda la tolleranza).

Sintomi: palpebre cascanti, sonnolenza, atteggiamento da ubriaco; a volte loquacità con aggressività (rara).

OVERDOSE

Barbiturici ad effetto breve: DL = ca. 3.000 mgr.
Barbiturici ad azione prolungata: DL = ca 5.000 mgr.
Effetto massimo: dopo ca. 45-60 minuti a stomaco vuoto.

Sintomi: occhi appannati, miosi, frequente ammiccamento; cute pallida e secca, respiro lento-rapido-lento; bradicardia; ipotensione arteriosa; flaccidità muscolare; ipo o areflessia; vomito; stato confusionale.

Trattamento: svuotamento dello stomaco e trattamento generale di rianimazione cardiorespiratoria. Ricovero urgente in sede ospedaliera.

CRISI DI ASTINENZA

Inizia 4-6 ore dall'ultima dose e può durare sino a 2 settimane. Si manifesta solo se si è creata tossicodipendenza (dosaggi elevati da 40-90 giorni).

Sintomi: cute secca, respiro frequente; tachicardia con ipertensione arteriosa; nausea; tremori muscolari; spesso accessi convulsivi talora subentranti.

Trattamento: somministrazione di analettici, di diazepamici, fleboclisi glucosate. In caso di stato di male convulsivo ricovero immediato in Pronto Soccorso.

IPNOTICI NON BARBITURICI

(Meprobamato, Mebutamato, Tibamato, Carisoprodol, ecc.).

IPERDOSAGGIO

Da 5-7 gr. ed oltre.

Sintomi: stato di profonda incoscienza, iporeflessia, spasmi muscolari, iperpiressia, atassia.

OVERDOSE

LD₅₀ = 12-20 gr.
Effetto massimo a ca. 30 minuti.

Sintomi: areflessia, vomito, crisi convulsiva, insufficienza respiratoria; ipertermia; stato di profonda incoscienza.

Trattamento: lavanda gastrica, analettici, rianimazione cardiorespiratoria e ricovero immediato in Pronto Soccorso.

CRISI DI ASTINENZA

La sintomatologia astinenziale è molto simile e sovrapponibile a quella dei barbiturici.

Trattamento: come per i barbiturici.

DIAZEPINICI

Dosi letali (a seconda del prodotto usato, ma sempre molto alte - vedi tabella seguente, ricavata da « L'urgenza tossica nelle tossicodipendenze » A.I.I.D. Milano).

Farmaco		DL ₅₀ nei topi in mg/kg
Oxazepam	(Serpax)	4.000
Clonazepam	(Rivotril)	4.000
Lorazepam	(Tavor)	3.000
Bromazepam	(Lexotan)	2.350
Prazepam	(Prazene)	2.000
Flunitrazepam	(Roipnol)	1.997
Nitrazepam	(Mogadon)	1.550
Temazepam	(Levanxol)	1.160
Medazepam	(Nobrium)	1.070
Camazepam	(Albego)	970
Flurazepam	(Dalmadorm)	870
Clordiazepossido	(Librium)	720
Clorazepato	(Transene)	700
Diazepam	(Valium)	620

IPERDOSAGGIO

Alterazione a carico della vigilanza che va, a seconda dei dosaggi, dalla sonnolenza allo stato di incoscienza. Il quadro clinico si caratterizza con il rallentamento delle funzioni motorie, ipotonia muscolare, iporeflessia, nausea e vomito, ipotensione.

Nei bambini e negli anziani si può avere stato di agitazione psicomotoria.

Solo per ingestioni massicce si manifestano difficoltà respiratoria, ipotensione marcata e disturbi del ritmo cardiaco. Può subentrare coma, specie se sono stati ingeriti assieme a sostanze alcoliche.

Trattamento: Lavanda gastrica, analettici e flebo-clisi glucosate. Se insorgono difficoltà respiratorie, immediato ricovero in Pronto Soccorso.



COCAINA - AMFETAMINE

IPERDOSAGGIO

Amfetamine ca. 100 mgr. - Cocaina ca. 20-300 mgr.

Sintomi: midriasi; sguardo vigile ed allarmato; cute sudata, pallida; tachipnea; tachicardia; ipertensione arteriosa; tremori muscolari; fauci secche; euforia, logorrea; agitazione psicomotoria; insonnia tenace.

OVERDOSE

Amfetamine LD₅₀=ca. 200 mgr.

Cocaina LD₅₀=1,2 gr. a seconda la tolleranza. Effetto massimo: per bocca 30-60 minuti; per vena 1-15 minuti.

Durata: amfetamine ca. 4-12 ore; cocaina ca. 2-4 ore.

Sintomi: midriasi; cute secca, calda con vampate; respiro frequente; tachicardia con polso schioccante; ipertensione arteriosa, ipertermia; cefalea intensa.

Possibili crisi convulsive; eccitamento psicomotorio dal punto di vista comportamentale, pavor, confusione mentale con allucinazioni spesso terrifiche, delirio persecutorio. Spesso grave aggressività.

Trattamento: Tenere il soggetto in ambiente tranquillo, poco illuminato. Sedativi diazepinici inizialmente in vena e, nei casi gravi, butirrofenoni per via parenterale. Se l'ipertermia è molto elevata ricovero urgente.

Non si verificano vere crisi astinenziali da stimolanti, ma è spesso descritto il « crashing », cioè il crollo psicofisico con nausea, stato di malnutrizione ed eventualmente di disidratazione, intensa astenia, depressione del tono dell'umore. Il « crashing » di questi soggetti viene trattato con riposo, buona alimentazione, molti liquidi, appoggio psicoterapeutico: se la depressione è grave, timoanalettici in dosi moderate e decrescenti sotto strettissima sorveglianza.



LSD - MESCALINA - PSILOCIBINA

IPERDOSAGGIO

LSD: LD=ca. 50-400 mcg. durata 8-12 ore.

Mescalina: LD=ca. 250-500 mcg. durata 8-12 ore.

Psilocibina: LD=ca. 10-50 mcg. durata 8 ore.

Effetto massimo: dopo ca. 1-2 ore a stomaco vuoto.

Sintomi: midriasi; tachicardia; nausea; crampi allo stomaco; tremori; astenia, ipertermia; sindrome allucinatoria grave con eccitamento psicomotorio fino alla pantoclastia.

Trattamento: Sedativi, fenotiazine, butirrofenoni, diazepamici.



CANNABIS INDIANA

(Marijuana - Hashish - olio di Hashish)

Contenuto in THC (tetra-idro-cannabinolo) per ciascun modo di impiego:

- foglia 1-2% di THC;
- cima 2-5% di THC;
- hashish 3-10% di THC;
- olio di hashish 20-65% di THC.

Effetto massimo: fumo=15-30 minuti; per os=1 ora. Durata: 4-6 ore.

Sintomi: congiuntive arrossate; secchezza delle fauci; tachicardia e, a seconda del dosaggio e del ritmo dell'uso, comportamento dall'euforia o dalla ebbrezza esilarante con sensazione di leggerezza e di esaltazione della immaginazione e della disinibizione fino allo stato confusionale con ipocritica e comportamento alienato.

I postumi, a seconda la personalità e l'assuefazione, sono costituiti da astenia, depressione dell'umore, sonnolenza.

OVERDOSE

Si verifica soprattutto negli iniziati ipersensibili con accentuazione dei sintomi spiacevoli, talora con crisi di spavento-panico, grave depressione.

Trattamento: sintomatico.

N.B. Per l'olio di hashish la fenomenologia è molto più accentuata e per sovradosaggi può assumere carattere di gravità.



ALCOOL ETILICO

IPERDOSAGGIO

Per non assuefatti, ca. 50-60 gr. di alcool (ca. 4 « drinks »).

Sintomi: palpebre cascanti, incoordinazione dei movimenti, allargamento della base di appoggio nella deambulazione, eccitamento, euforia immotivata, a volte depressione dell'umore.

OVERDOSE

Alcool LD₅₀ = ca. 350-400 gr. (ca. 20 « drinks »). La LD è però molto più bassa se l'alcool viene mescolato con sostanze sedative barbituriche. Effetto massimo a stomaco vuoto: ca. 30 minuti.

Durata: ca. 1-2 ore per ogni 25-30 gr. di alcool assunto.

Sintomi: occhi appannati, scarsamente reagenti alla luce; cute pallida, secca; respiro lento, irregolare (lento-rapido-lento); bradicardia; ipotensione arteriosa; ipotonia muscolare; riflessi deboli; nausea; cefalea intensa; confusione mentale.

Trattamento: provocare il vomito, somministrare analettici, fleboclisi glucosate. Nei casi gravi, rianimazione cardiorespiratoria. Nei casi di grave eccitamento, contenimento evitando assolutamente la somministrazione di barbiturici. Possono essere usati, sempre con cautela, diazepamici.

SOSTANZE INALANTI

- *Solventi volatili: toluene, acetone, benzolo, benzina, ecc.*
- *Aerosol e sprays: deodoranti, lacca per capelli, ecc.*
- *Anestetici: cloroformio, protossido d'azoto, ecc.*

IPERDOSAGGIO

Sintomi: congiuntive arrossate, alito con forte odore della sostanza inalata, secchezza delle fauci e della gola, nausea, spesso euforia immotivata; dismnesia, sensazione di galleggiare.

OVERDOSE

Sintomi: quelli dell'iperdosaggio più accentuati, con grave stato ansioso, confusione mentale, possibile stato di male convulsivo e pericolo di sincope cardiaca.

Trattamento sintomatico: nei casi gravi ricovero d'urgenza.

Non sono state descritte crisi astinenziali per queste sostanze.

La Technicon e la gestione dei laboratori di analisi

Il sistema giusto, nel momento giusto.

Proposta Technicon per una corretta e moderna conduzione dei servizi, nella realtà socio-sanitaria.

La realtà socio-sanitaria si evolve, cambiano i tempi, nascono nuove esigenze, da soddisfare nel modo più adeguato, più giusto.

La Technicon, leader nel settore delle apparecchiature automatiche di analisi e dei sistemi computerizzati per la gestione dei laboratori, è pronta, subito, a soddisfare queste esigenze. Con tutta la sua esperienza, con la garanzia di migliaia di installazioni in tutto il mondo e 2000 operanti in Italia presso laboratori di analisi di ospedali, università e industrie.

È pronta con un'assistenza tecnica capillare su tutto il territorio nazionale. Con centinaia di specialisti addetti allo sviluppo e alla ricerca di nuove tecnologie applicate alla diagnostica medica e all'igiene ambientale. Con "sistemi" che vanno dalla esecuzione delle analisi chimiche, chimico-cliniche ed ematologiche, alla completa gestione del laboratorio di patologia clinica; razionalizzando e qualificando l'attività del laboratorio e realizzando, contemporaneamente, una significativa riduzione dei costi di gestione.

La Technicon è pronta.

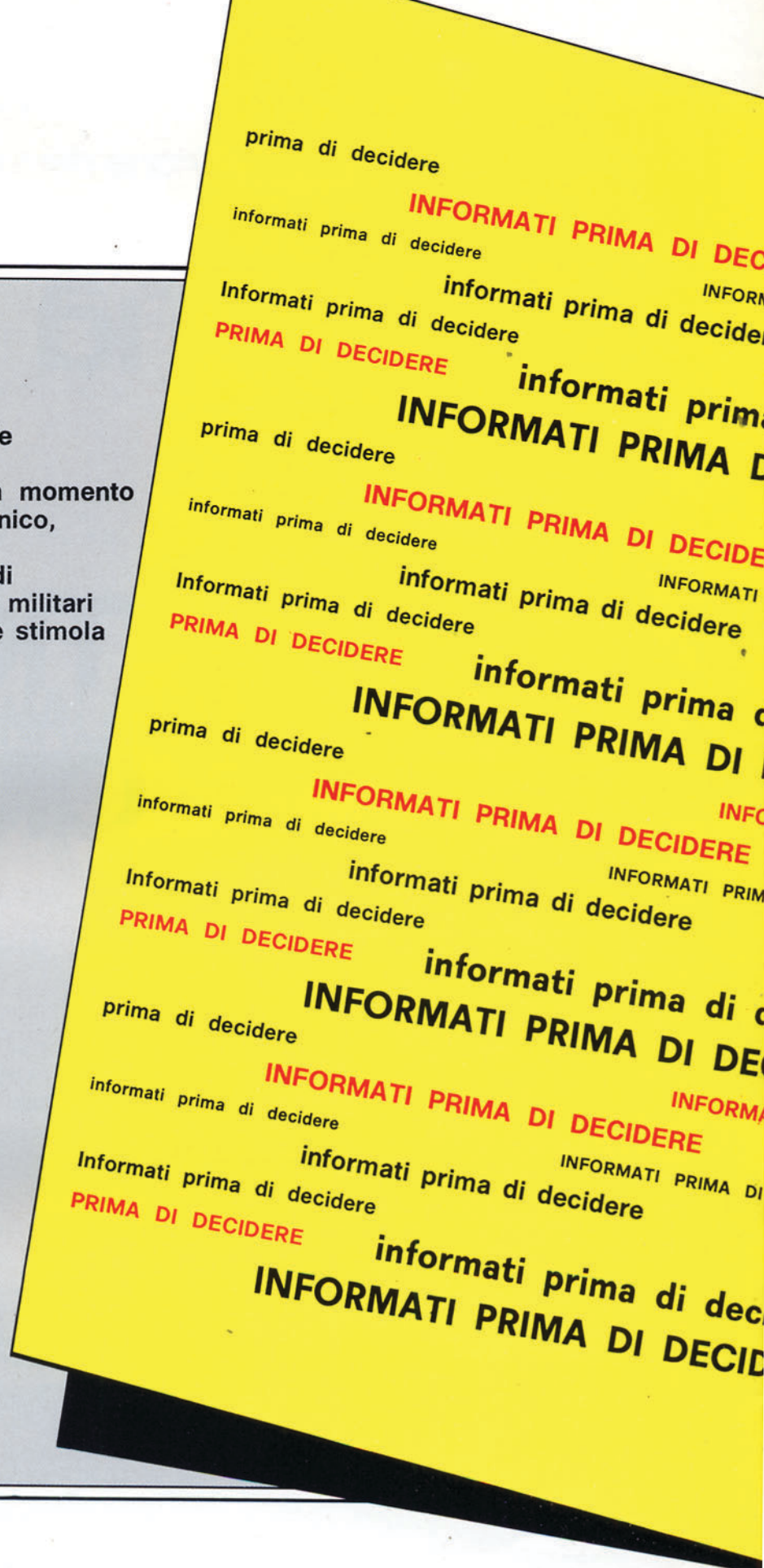


TECHNICON
I sistemi giusti

FP

L'informazione sugli effetti delle « droghe », inserita nell'ambito dell'educazione sanitaria, è un momento fondamentale, anche se non l'unico, della prevenzione.

Il dépliant « Mi informo prima di decidere? », distribuito a tutti i militari di leva, induce alla riflessione e stimola il bisogno d'informazione.



MI INFORMO PRIMA
DI DECIDERE ?





Abbiamo finalmente aperto le porte alla pubblicità. Alla tua pubblicità. E a questo proposito ti dobbiamo qualche confidenza.

È una rivista edita in due lingue, italiano e inglese; ha una tiratura in continuo incremento ed un target medio superiore che merita decisamente la tua attenzione.

Se il tuo messaggio è destinato agli ambienti manageriali, direttivi e politici più qualificati con particolare riferimento al mondo della difesa,

*ci dispiace
per i conservatori
ma c'è sempre
una prima volta
per tutto...*

*anche per la tua pubblicità
su questa rivista*

questo è senz'altro il periodico che più di ogni altro farà della tua pubblicità una comunicazione di target.

Una indagine tra gli abbonati ha rilevato inoltre un sorprendente alto indice di lettura per copia riducendo così il suo costo contatto. È risultato cioè che, ogni copia acquistata viene letta mediamente da 6/8 persone.

Oggi, poiché la Rivista Militare è anche in edicola, abbiamo rag-

te più capillare e frazionata anche in un pubblico più eterogeneo, non necessariamente militare ma solo appassionato di questioni militari.

Interessato? Ci auguriamo di sì. Per maggiori informazioni (tariffe, ecc.) puoi scrivere alla Segreteria della Rivista Militare, Via di S. Marco, 8 00187 Roma.

Rivista Militare,
128 anni di evoluzione culturale

ricerca avanzata nel campo farmaceutico e della cura della salute



GRUPPO MONTEDISON

FARMITALIA CARLO ERBA



DRUG EM TEST

Un nuovo metodo per la ricerca degli oppiacei nelle urine

Elevata affidabilità

Sensibilità: 200 ng/ml

Non reagisce con il metadone

Esecuzione semplice e rapida





DROGA:
COME USCIRNE?